

MÉMOIRE

DÉPOSÉ AU MINISTÈRE DES FINANCES
DU QUÉBEC

Le 3 février 2022

La résilience du réseau de la santé : un impératif pour soutenir l'économie du Québec



fiqp

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

Avant-propos

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé-FIQP représentent 76 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la grande majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente leur expertise prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons.

Témoins privilégiés du fonctionnement du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. En tant qu'organisations syndicales, la FIQ et la FIQP représentent une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles en soins, travailleuses du réseau public et privé, et usagères des services. Elles visent, par leurs orientations et leurs décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Fortes de cette mission, la FIQ et la FIQP se portent à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elles représentent, mais aussi de la population.

Table des matières

Introduction.....	1
Savoir tirer des leçons de la pandémie : s'affranchir de la <i>Nouvelle gestion publique</i> et des impacts des politiques d'austérité.....	3
Mettre enfin sur pied une planification de la main-d'œuvre nationale et s'assurer d'attirer et de retenir la main-d'œuvre.....	7
Implanter des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s : un impact réel sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.....	9
La santé et la sécurité du travail : des investissements en prévention à ne pas négliger	14
Investir dans les soins aux aîné-e-s en privilégiant les soins à domicile dispensés par le réseau public de santé.....	17
Conclusion	19
Liste des recommandations.....	20

Introduction

1

L'exercice des consultations prébudgétaires s'inscrit cette année dans un contexte d'urgence sanitaire qui perdure depuis 22 mois et qui se répercute inexorablement sur le développement économique du Québec, notamment dans les secteurs visés par de multiples fermetures et réouvertures. Le constat est clair : l'absence de résilience du réseau de la santé a des conséquences non négligeables sur la croissance et le développement de certains pans entiers de l'économie. En effet, des décisions lourdes de conséquences pour plusieurs secteurs, pensons notamment à la restauration et aux arts de la scène, sont intrinsèquement liées au dépassement de la capacité hospitalière. Les économistes de la Banque Nationale ont d'ailleurs expliqué leur révision à la baisse de la croissance du PIB du Québec par l'importance des mesures sanitaires mises en place¹. Le premier ministre a, quant à lui, justifié la sévérité des mesures sanitaires par l'état précaire du réseau de la santé à cause du nombre important d'hospitalisations et d'absences du personnel.

Depuis des décennies, les gouvernements qui se sont succédé ont eu une vision à court terme des investissements à faire dans le réseau de la santé. D'élection en élection, de réforme en réforme, la gestion du système de santé s'est alourdie et centralisée. Érigé autour des hôpitaux au détriment des autres missions telles que les CHSLD et les CLSC et autour des médecins au détriment des autres professionnel-le-s, le réseau est devenu un immense paquebot impossible à manœuvrer. Le gouvernement actuel a le pouvoir de faire mieux, mais en a-t-il la volonté? Difficile de s'en convaincre au vu des choix qui sont actuellement faits par les élu-e-s. Le projet de loi 11, notamment, ignore encore une fois, les services de première ligne en CLSC et met au rancart l'interdisciplinarité au profit des groupes de médecine familiale (GMF) et de la profession médicale.

Il faut se rendre à l'évidence : depuis bien avant la crise sanitaire, dans des conditions dites normales, le réseau public de la santé et des services sociaux fonctionne au maximum de sa capacité. À ce propos, le nombre d'hôpitaux comptant des unités de débordement qui fonctionnent en tout temps doit être considéré comme un signal évocateur. Dans ces circonstances, investir dans la résilience du réseau, dans sa capacité à soigner adéquatement et dans sa réponse à une crise qui nécessite d'augmenter de façon notable les soins donnés doit être vu comme une mesure économique essentielle, urgente, nécessitant des investissements considérables. En ce sens, la Fédération interprofessionnelle de la santé - FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé-FIQP sont d'avis que nous n'avons pas le luxe d'attendre « d'avoir les moyens » de redresser le système de santé. La facture sociale et économique est telle qu'elle exige des investissements majeurs, dès maintenant.

¹ Jocelyn PAQUET et al. *L'hebdo économique, Économie et Stratégie*, Banque Nationale du Canada, Marchés financiers, 28 janvier 2022.

La *Loi sur la réduction de la dette et instituant le Fonds des générations* vise l'équité intergénérationnelle, afin de ne pas laisser les générations futures supporter le poids démesuré des dépenses et décisions budgétaires actuelles. Or, après près de 40 ans de *Nouvelle gestion publique* et d'une politique plus récente d'austérité, les Fédérations estiment qu'il est plus que temps de se demander si le poids de la dette sociale n'est pas plus important encore si nous léguons aux générations futures des services publics sous-financés, qui excèdent régulièrement leur capacité de fonctionnement et qui, finalement, peinent à remplir leur mission.

Savoir tirer des leçons de la pandémie : s'affranchir de la *Nouvelle gestion publique* et des impacts des politiques d'austérité

3

La mise à jour économique du 25 novembre dernier a confirmé que la situation financière du Québec est sous contrôle. En effet, la reprise économique est plus forte que prévu (+6 % au lieu de 4 %) et le déficit a été, encore une fois, surévalué à 12 G\$ alors qu'il n'a atteint que 6,8 G\$. De plus, si le budget de mars 2021 indiquait que les deux cibles inscrites dans la *Loi sur la réduction de la dette et instituant le Fonds des générations* ne seraient pas atteintes, la mise à jour économique de novembre montre plutôt qu'une des deux cibles le sera puisque 3,3 G\$ seront versés au Fonds des générations cette année. Cette mise à jour indique aussi que la dette brute a atteint 210 G\$, et la dette nette, 190 G\$ au 31 mars 2021, ce qui représente une diminution considérable de 9 G\$ par rapport aux prévisions présentées dans le budget de mars 2021².

Pour les Fédérations, il s'agit là de signes assez clairs que les finances publiques sont sous contrôle. Toutefois, l'état des services publics est déplorable, et ce, depuis plusieurs années. D'ailleurs, on peut noter les expressions utilisées par différents chroniqueurs en janvier 2022 pour parler de l'état du système de santé : « le tacot », « l'hôpital est malade », « après 40 ans, la facture arrive »³. L'exode des professionnelles en soins du réseau public de santé et de services sociaux démontre pourtant bien le coût économique de laisser dépérir des services publics : lorsque les conditions de travail deviennent insoutenables, le personnel quitte et la qualité des services est affectée. Attendre trop longtemps avant de réhabiliter la capacité de dispenser des soins et des services, comme ce fut le cas pour le réseau de la santé, fait grimper les coûts, notamment pour attirer et retenir le personnel. Ainsi, par souci d'équité intergénérationnelle, la FIQ et FIQP croient fermement que le courage politique de réinvestir massivement dans le réseau de la santé doit se manifester sans délai.

Dans bien des secteurs d'activités, la pandémie de COVID-19 a donné lieu à une prise de conscience nette : la logique de marché ne peut pas s'étendre à tous les domaines. Ainsi, après des décennies d'application par les gouvernements successifs des dogmes néo-libéraux tels que le sous-financement chronique, la communautarisation et la déréglementation, couplée à des méthodes de gestion issues du secteur privé, comme la méthode *Lean*, plusieurs États concluent désormais que leur capacité de soigner et d'affronter une crise telle que la pandémie de COVID-19 en sort affaiblie.

² COLLECTIF. *Les règles budgétaires du Québec : Réflexions d'un panel d'experts*, Regards CFFP 2021/15, décembre 2021.

³ Michel DAVID. « Le tacot », *Le Devoir*, 22 janvier 2022.

Stéphanie GRAMMOND. « L'hôpital est malade », *La Presse +*, 22 janvier 2022.

Patrick LAGACÉ. « Après 40 ans, la facture arrive », *La Presse +*, 25 janvier 2022.

La dotation minimale et la crainte de tout « surplus » de personnel ont largement contribué à gonfler les problèmes actuels. Déjà en 2010, la FIQ mettait en garde le gouvernement contre l'incapacité du réseau de la santé à faire face à tout imprévu entraînant une augmentation inattendue de quelconque besoin de soins : « Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, la marge de manœuvre est pratiquement inexistante et penser faire plus avec moins ne saurait être envisagé⁴ ».

Or, c'est après cet avertissement que sont venues les politiques de rigueur budgétaire, aussi appelées mesures d'austérité, qui, plutôt que de dégager un système déjà lourdement sous pression, ont contribué à le décimer davantage. En effet, le sous-financement estimé du réseau de la santé en raison des mesures d'austérité s'élève à 2,5 G\$⁵.

DES INVESTISSEMENTS RÉCURRENTS POUR CONSOLIDER LE RÉSEAU

Devant ce portrait, il apparaît incontournable que la croissance des dépenses en santé ait comme objectif de rattraper et de consolider le réseau de la santé. Ainsi, même si les chiffres absolus peuvent paraître importants, le Québec ne peut plus se contenter d'une croissance des dépenses légèrement au-dessus de la croissance des coûts structurels en santé. Tant et aussi longtemps que des investissements récurrents au-delà de 5 % d'augmentation ne seront pas injectés, le système continuera à se détériorer et à subir les contrecoups des choix politiques passés. D'ailleurs, le gouvernement convenait lui-même qu'à : « long terme [les dépenses en santé] devraient augmenter d'au moins 5 % par année en raison notamment des répercussions à long terme de la pandémie de COVID-19, du vieillissement de la population et de l'amélioration des services⁶ ». Les Fédérations insistent donc sur l'importance que le gouvernement recule sur son intention annoncée dans le dernier budget de ramener la croissance des dépenses en santé à 4 % dès 2022-2023⁷. Rappelons que le *Conference Board* évalue que les coûts du système de santé augmentent à un rythme

⁴ FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC–FIQ. « Réaction de la FIQ au Budget du Québec - Le financement des services publics est transféré à la classe moyenne et aux plus démunis », [En ligne], 2010, [https://www.newswire.ca/fr/news-releases/reaction-de-la-fiq-au-budget-du-quebec---le-financement-des-services-publics-est-transfere-a-la-classe-moyenne-et-aux-plus-demunis-539632271.html] (Consulté le 26 janvier 2022).

⁵ Anne PLOURDE et Philippe HURTEAU. *Réduire la rémunération des médecins pour refinancer le réseau de la santé et des services sociaux*, [En ligne], 29 septembre 2021, [https://iris-recherche.qc.ca/publications/reduire-remuneration-medecins-pour-refinancer-reseau-sante-services-sociaux/] (Consulté le 27 janvier 2022).

⁶ MINISTÈRE DES FINANCES. *Budget 2021-2022 : Pour un financement fédéral accru en santé – Augmenter le transfert canadien en matière de santé*, [En ligne], mars 2021, [http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2021-2022/fr/documents/Budget2122_FinancementFedSante.pdf] (Consulté le 27 janvier 2022).

⁷ Marie-Michèle SIOULI. « Une hausse de dépenses pour guérir le réseau de la santé », *Le Devoir*, 26 mars 2021.

annuel de 5 %⁸. À la lumière de ces chiffres, une augmentation des dépenses en santé de 4 % équivaldrait à des compressions dans les services, ce qui est totalement inadmissible dans la situation actuelle.

Recommandation 1

Maintenir des investissements récurrents assurant une croissance des dépenses d'un seuil minimal de 5 % jusqu'à ce que le réseau de la santé et des services sociaux ne subisse plus les préjudices d'années de sous-financement.

L'absence de résilience du réseau de la santé québécois est aussi due à sa capacité hospitalière inférieure à celle de la moyenne des pays du G7⁹. *La Presse canadienne* rappelait récemment l'écart entre la capacité hospitalière du Québec dans les années 1970 et celle de 2019, qui est passée de 7 à 2,5 lits/1000 habitants¹⁰. Les diverses réformes et le virage ambulatoire inachevé ont diminué progressivement cette capacité hospitalière.

Il va sans dire que cette capacité hospitalière doit être rehaussée pour être en mesure de faire face à des situations de crises imprévues. Pour ce faire, il faut s'assurer d'investir non seulement dans le réseau hospitalier du Québec, mais aussi dans l'ensemble des programmes de services dispensés à la population. En effet, l'augmentation de la capacité hospitalière du Québec devra aussi passer par la diminution des hospitalisations pour des soins qui pourraient être donnés en dehors de l'hôpital. C'est tout le réseau de soins de santé qui est donc à reconstruire, notamment les services de proximité et de première ligne ainsi que les services à domicile publics.

⁸ CONFERENCE BOARD OF CANADA. *Les facteurs de croissance des coûts des soins de santé au Canada - Avant et après la COVID-19*, [En ligne], septembre 2020, [https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=10817&utm_source=elibraryrss&utm_medium=rss&utm_campaign=elibrary] (Consulté le 27 janvier 2022).

⁹ Les données de l'OCDE positionnent la capacité hospitalière de Canada par rapport à celles d'autres pays. Le Québec est aussi, parmi les quatre plus grandes provinces du pays, celle ayant la plus faible capacité hospitalière.

OCDE. *Health a glance*, [En ligne], 2021, [<https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>] (Consulté le 26 janvier 2022).

Vincent BROUSSEAU-POULIOT. « Le Québec en queue de peloton du G7 », *La Presse +*, 20 janvier 2022.

¹⁰ LA PRESSE CANADIENNE. « Il y a trois fois moins de lits d'hôpitaux par habitant au Canada qu'en 1970 », Radio-Canada, [En ligne], 20 janvier 2022, [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1855818/coronavirus-capacite-hospitaliere-duree-sejour-gestion-lean>] (Consulté le 26 janvier 2022).

6

Consolider le réseau de la santé et des services sociaux de la sorte exige d'abord d'assurer le recrutement et la rétention d'équipes de travail stables et dédiées. Il s'agit là d'une condition essentielle pour concrétiser ces capacités à dispenser des soins, à continuer de fonctionner malgré des chocs ou des imprévus et à se rétablir après une perturbation extérieure.

Recommandation 2

Investir de façon récurrente, sur un minimum de cinq ans, au-delà des coûts de structure dans l'ensemble des programmes de services à la population afin d'accroître la résilience du réseau de la santé.

Mettre enfin sur pied une planification de la main-d'œuvre nationale et s'assurer d'attirer et de retenir la main-d'œuvre

7

Le non-remplacement, le recours au temps supplémentaire et au temps supplémentaire obligatoire (TSO), le délestage et la substitution de titres d'emploi sont tous des indicateurs sérieux du manque de main-d'œuvre dans le réseau. Travailler avec moins est la norme depuis trop longtemps. Cette pénurie est présentée comme un fait immuable et plutôt que de s'attaquer aux problèmes d'attraction et de rétention pour empêcher une diminution de la qualité des soins, le gouvernement pose des actions à la pièce, sans véritable vision. C'est pourquoi des initiatives discutables sont prises, par exemple, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui instaure la téléconsultation par une infirmière en CHSLD ou récemment, par le gouvernement, qui songe à appliquer un plan de priorisation des hospitalisations comprenant une diminution de l'offre de soins.

Les Fédérations ont demandé à maintes reprises au gouvernement de prévoir à long terme les besoins nationaux en main-d'œuvre et d'investir dans des équipes de travail stables avec des structures de postes autosuffisantes. Ce besoin de planification de la main-d'œuvre (PMO) a constamment été banalisé par les élu-e-s et c'est la population qui en paie aujourd'hui le prix. Cessons de remettre à demain ce qui peut et doit être fait. Les pistes de solutions sont connues et les différents rapports d'enquête sur la pandémie de la COVID-19 soulignent l'importance de la stabilité des postes. Pourquoi les employeurs demeurent-ils réticents à appliquer cette mesure bénéfique pour l'attraction et la rétention du personnel de la santé? Il faut sortir du paradigme de rationalisation de la main-d'œuvre et ajouter du personnel en surplus au sein des équipes. Bien que cette mesure puisse sembler coûteuse à court terme, la FIQ et la FIQP sont convaincues qu'à terme, elle constitue un investissement rentable, notamment parce qu'elle diminue le recours au privé et à la main-d'œuvre indépendante.

FREINER L'EXODE DES PROFESSIONNELLES EN SOINS VERS LE PRIVÉ

Aussi, au-delà de la nécessité de procéder à un exercice de PMO nationale, ramener les professionnelles en soins dans le réseau public doit être une priorité. Selon les données du rapport statistique 2020-2021 sur l'effectif infirmier produit par l'OIIQ, 9,1 % de l'ensemble de l'effectif infirmier travaille dans le secteur privé, ce qui représente 6 752 infirmières sur les 74 467 qui exercent la profession au Québec. Une compilation issue des derniers rapports sur l'effectif infirmier révèle que la tendance à la baisse du nombre d'infirmières travaillant dans le réseau privé s'est inversée au cours des dernières années de restrictions budgétaires. Le nombre d'infirmières travaillant dans le secteur privé est maintenant supérieur à celui d'il y a 10 ans. Pendant ce temps, le secteur public paie à fort prix des établissements privés pour obtenir certains services.

Pour freiner l'exode des professionnelles en soins du réseau public vers le privé, il est impératif de mettre fin à la gestion à coups d'arrêtés ministériels des deux dernières années. Les conditions de travail sont d'une grande importance pour les professionnelles en soins. L'approche autoritaire qui prévaut depuis trop longtemps souligne à grands traits le manque de reconnaissance envers les travailleuses et empêche toute conciliation travail et vie personnelle. Le gouvernement s'est engagé à verser 1 G\$ en primes dans le but de réintégrer des professionnelles en soins dans le réseau public. Combien aurait-il pu engager de professionnelles en soins si cette somme avait plutôt été investie dans une dotation adéquate, qui permet de sortir du cycle du TSO, de la surcharge de travail et de l'absentéisme?

Effectivement, il est impossible de parler de pénurie de personnel et de PMO sans aborder le sujet de l'absentéisme. Il est essentiel de se questionner sur les pratiques organisationnelles en place qui usent le personnel. Les décisions de gestion actuelles ne favorisent pas le bien-être des travailleuses et il est plus que temps de s'y attarder. Les raisons qui expliquent l'exode des professionnelles en soins sont diverses, mais majoritairement, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les perfusionnistes cliniques quittent en invalidité ou vers d'autres milieux de pratique parce qu'elles sont épuisées. Toute leur carrière, elles ont vu leurs conditions d'exercice se détériorer, jusqu'à ne plus pouvoir offrir des soins décents aux patient-e-s. La pratique et l'autonomie professionnelle sont négligées, le jugement clinique est ignoré. De meilleures conditions de travail pour les professionnelles en soins sont essentielles pour qu'elles reviennent ou continuent de travailler dans le réseau public. Elles doivent avoir le temps nécessaire pour offrir des soins de qualité à leurs patient-e-s. Il est maintenant temps de faire preuve de respect à leur égard et de démontrer une réelle volonté politique afin de renverser la tendance.

Recommandation 3

Procéder à une planification de la main-d'œuvre nationale tout en assurant une accessibilité régulière aux données sur les effectifs nationaux et la main-d'œuvre indépendante.

Recommandation 4

Investir dans la création d'équipes de travail stables, améliorer les conditions de travail et assurer le respect de la convention collective.

Implanter des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s : un impact réel sur l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre

9

Les professionnelles en soins québécoises revendiquent depuis plusieurs années l'implantation de ratios pour leur permettre de donner des soins plus sécuritaires, tant pour les patient-e-s que pour l'équipe de soins. Elles demandent qu'une norme d'équipe minimale de professionnelles en soins pour un groupe de patient-e-s ayant des problèmes de santé similaires entre en vigueur, cette norme devant être ajustée à la hausse si nécessaire, selon les besoins des patient-e-s et dans des circonstances particulières telles qu'une éclosion.

Il peut sembler contre-intuitif de vouloir mettre en place au Québec une norme pour la composition des équipes de soins, alors que les établissements de santé manquent de main-d'œuvre disponible actuellement. C'est pourtant l'élément déclencheur qui doit être mis en œuvre pour retenir le personnel actuel et convaincre de nouvelles recrues de rejoindre le réseau public de la santé et des services sociaux, comme l'expérience internationale le démontre. L'inadéquation entre le nombre de professionnelles en soins disponibles et les besoins de santé grandissants de la population est loin d'être un phénomène unique au Québec. Certains gouvernements ailleurs dans le monde ont décidé d'innover et de se questionner sur les causes de cette « pénurie ». Celle-ci serait-elle plutôt une pénurie de bonnes conditions de travail et d'exercice? Des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s ont été implantés depuis plusieurs années dans certaines régions du monde, accompagnés par des campagnes de recrutement et de promotion des carrières en santé, et ont eu un effet bénéfique sur les effectifs.

À titre d'exemple, en Californie, une loi établissant des ratios sécuritaires en centre hospitalier a été adoptée en 1999 et est entrée en vigueur en 2004. Dès l'annonce de la loi, soit donc même avant que des ratios aient été implantés, la Californie a vu son nombre d'infirmières augmenter régulièrement année après année. Ceci a été rendu possible parce qu'un bon nombre d'infirmières ont intégré ou réintégré la profession et parce que des infirmières provenant de l'extérieur de l'État étaient attirées par la perspective d'une charge de travail leur permettant d'assurer des soins de qualité. Depuis l'adoption des ratios, une moyenne de 10 000 infirmières de plus par année se sont ajoutées aux professionnelles en soins de l'État¹¹. À la suite de l'implantation des ratios sécuritaires, les postes vacants ont diminué de 69 % et le nombre de graduées en soins infirmiers a augmenté de 45 %¹². Enfin, en comparant la période précédant la mise en œuvre des ratios sécuritaires et les quatre premières années de leur implantation, les accidents de travail ont diminué de 31,6 % pour les infirmières et de 38,2 % pour les

¹¹ NATIONAL NURSES UNITED. *RN Staffing Ratios: A Necessary Solution to the Patient Safety Crisis in U.S. Hospitals*. [En ligne], [\[https://www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/graphics/documents/0619_Ratios_Booklet_NNU.pdf\]](https://www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/graphics/documents/0619_Ratios_Booklet_NNU.pdf).

¹² S. GORDON et al. *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*, ILR Press, 2008.

infirmières auxiliaires¹³. La perspective de demeurer en santé au travail est un important critère de rétention des professionnelles en soins.

Une tendance similaire a été observée dans l'État australien de Victoria, où des ratios sécuritaires en soins de courte et de longue durée ont été implantés en 2000 à la suite d'une décision d'un tribunal administratif et ont été inclus dans une loi en 2015. En deux ans, les ratios sécuritaires ont permis le recrutement de 3 400 infirmières, équivalent temps complet, et le retour au travail de 1 400 infirmières ayant quitté le réseau de la santé. Entre 2001 et 2007, ce sont environ 7 000 infirmières qui ont fait un retour à la pratique¹⁴. Depuis l'introduction des ratios, on remarque une diminution des postes vacants et une augmentation de la sécurité de l'environnement de travail et du niveau de satisfaction au travail¹⁵.

Toujours en Australie, l'État du Queensland a implanté depuis 2016 des ratios sécuritaires, encadrés par une loi, dans certains milieux de soins. On y souligne notamment une diminution de 7 % de l'épuisement des professionnelles en soins¹⁶.

Des ratios sécuritaires sont un gage de meilleures conditions de travail et un moyen pour obtenir des équipes de soins sécuritaires. Cela prend une volonté gouvernementale et du courage politique pour les mettre de l'avant, mais c'est LA voie à emprunter afin de favoriser l'attraction-rétention des professionnelles en soins. En mettant en œuvre une planification de la main-d'œuvre et des mesures d'attraction-rétention dans le cadre d'une stratégie musclée pour instaurer des ratios, on brisera le cercle vicieux du manque de personnel. C'est ce qui s'est passé en Australie et en Californie, des régions qui vivaient une pénurie de professionnelles en soins : les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s ont été une solution structurante pour ramener et retenir les professionnelles en soins dans le réseau.

Si l'implantation des ratios sécuritaires peut sembler à première vue une dépense importante, celle-ci doit plutôt être vue comme un investissement permettant de générer des économies, notamment dans les sommes déboursées pour la main-d'œuvre indépendante. En effet, l'amélioration considérable des conditions de travail engendrée par l'implantation de ratios constitue un frein important à l'exode des professionnelles en soins. Comme le démontre l'expérience internationale, cela a des effets notables sur le

¹³ J. P. LEIGH et al. « California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury », *Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 4, 2015, p. 477-484.

¹⁴ S GORDON, et al. « Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care », *ILR Press*, 2008.

¹⁵ AUSTRALIAN NURSING AND MIDWIFERY FEDERATION – VICTORIAN BRANCH. *Nurse/Midwife: Patient Ratios: It's a Matter of Saving Lives*. [En ligne], [\[https://www.anmfvic.asn.au/~media/f06f12244fbb4522af619e1d5304d71d#:~:text=One%20nurse%20to%20every%20three,one%20enrolled%20nurse%20rostered%20on\]](https://www.anmfvic.asn.au/~media/f06f12244fbb4522af619e1d5304d71d#:~:text=One%20nurse%20to%20every%20three,one%20enrolled%20nurse%20rostered%20on).

¹⁶ PENN NURSING. *Mandated Nurse-to-Patient Ratio in Queensland is "Saving Lives"*. [En ligne], [\[https://www.nursing.upenn.edu/details/news.php?id=1448\]](https://www.nursing.upenn.edu/details/news.php?id=1448).

nombre d'absences et de démissions, ce qui permet une certaine prévisibilité. Près de 290 M\$ ont été déboursés en main-d'œuvre indépendante uniquement pour le personnel de la catégorie 1 lors de l'année financière 2020-2021, comparativement à une facture de 160 M\$ l'année précédente¹⁷. Ces chiffres illustrent la dépendance actuelle au privé à laquelle le système public de santé est confronté. L'implantation de ratios sécuritaires est une mesure qui a le potentiel de permettre au réseau public de santé et de services sociaux de s'affranchir de sa dépendance à l'entreprise privée et des factures qui y sont associées.

QUALITÉ DES SOINS ET SATISFACTION AU TRAVAIL : DES INVESTISSEMENTS RENTABLES

Les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s ont, sans surprise, des effets positifs sur la qualité des soins. Une dotation appropriée des équipes de soins est notamment liée à une meilleure prise en charge de la douleur¹⁸ et à une diminution du taux de mortalité¹⁹, des infections nosocomiales²⁰ ou du taux de réadmission dans les trente jours suivant le congé²¹. En Californie, où des ratios sécuritaires sont implantés depuis plus de 15 ans, il a été entre autres observé que les professionnelles en soins passaient plus de temps au chevet des patient-e-s²², que le taux de mortalité était plus bas que dans des États comparables²³ et que le temps d'attente à l'urgence était moindre lorsque les ratios étaient respectés²⁴.

Dans l'État australien de Victoria, les ratios sécuritaires ont été liés à une augmentation de 151 % des patient-e-s pouvant être traités le jour même et

¹⁷ CI(U)SSS. *Rapports financiers (formulaires AS-471)*, 2015-2016 à 2020-2021, calculs FIQ.

¹⁸ J. SHINDUL-ROTHSCHILD et al. « Beyond the Pain Scale: Provider Communication and Staffing Predictive of Patients' Satisfaction with Pain Control », *Pain Management Nursing*, 2017, p. 1-9.

¹⁹ J. NEEDLEMAN et al. « Nurse staffing and inpatient hospital mortality », *New England Journal of Medicine*, vol. 364, 2011, p. 1037-1045

A.M. RAFFERTY et al. « Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, n° 2, 2007, p. 175-182.

²⁰ B. G. MITCHELL et al. « Hospital Staffing and Health-Care Associated Infections: A Systematic Review of the Literature », *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 44, n° 10, 2018, p. 613-622.

²¹ J. FLANAGAN et al. « Predictors of 30-Day Readmission for Pneumonia », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 46, n° 2, 2016, p. 69-74

K. D. STAMP et al. « Predictors of Excess Heart Failure Readmissions », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 29, n° 2, 2014, p. 115-123.

²² T. SERRATT. « California's Nurse-to-Patient Ratios, Part 1 », *Journal of Nursing Administration*, vol. 43, n° 9, 2013, p. 475-480.

²³ L. H. AIKEN, et al. « Implications of the California nurse staffing mandate for other states », *Health Services Research*, vol. 45, n° 4, 2011, p. 904-921.

²⁴ T. C. CHAN et al. « Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department », *Academic Emergency Medicine*, vol. 17, n° 5, 2010, p. 545-552.

de 20 % des chirurgies électives urgentes et semi-urgentes²⁵. Le bilan pandémique en soins de longue durée à Victoria est d'ailleurs exceptionnel. En date de novembre 2020, seulement quinze cas de COVID-19 étaient survenus dans les CHSLD publics, où les ratios sécuritaires sont implantés, dont trois résidents. Selon le gouvernement de cet État de 6,6 millions d'habitants, aucun décès des suites de la COVID-19 n'a été déclaré en soins de longue durée dans les établissements publics durant la première vague de la pandémie. En conséquence, le gouvernement de Victoria a annoncé que des ratios dans les CHSLD privés seraient également implantés²⁶.

Au Queensland, en Australie, les ratios sécuritaires ont évité, entre 2016 et 2019, plus de 29 000 jours d'hospitalisation. À la suite de l'implantation des ratios, le risque de mortalité à l'hôpital a diminué de 9 %. Le risque de réadmission et la durée de séjour ont également diminué²⁷.

Ces nombreux bienfaits cliniques des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s sont nécessaires pour offrir la qualité des soins à laquelle la population québécoise est en droit de s'attendre. Ils sont aussi doublement utiles, car ils permettent aux professionnelles en soins d'offrir des soins et des services en adéquation avec leurs valeurs professionnelles. Il a été démontré qu'il existe un lien direct entre la satisfaction au travail, la rétention et le taux de roulement²⁸. Plus spécifiquement, les infirmières insatisfaites ont une probabilité 65 % plus faible de rester dans leur emploi que les infirmières satisfaites de leur travail²⁹.

Lorsque des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s sont implantés et accompagnés d'une planification de la main-d'œuvre, on améliore les conditions de travail et d'exercice des professionnelles en soins en favorisant la stabilité des équipes de soins, en diminuant la précarité

²⁵ AUSTRALIAN NURSING AND MIDWIFERY FEDERATION – VICTORIAN BRANCH. *Nurse/Midwife: Patient Ratios: It's a Matter of Saving Lives*. [En ligne], [\[https://www.anmfvic.asn.au/~media/f06f12244fbb4522af619e1d5304d71d#:~:text=One%20nurse%20to%20every%20three,one%20enrolled%20nurse%20rostered%20on\]](https://www.anmfvic.asn.au/~media/f06f12244fbb4522af619e1d5304d71d#:~:text=One%20nurse%20to%20every%20three,one%20enrolled%20nurse%20rostered%20on).

²⁶ PREMIER OF VICTORIA THE HON DANIEL ANDREWS. *Nation First Ensuring Aged Care Staff-to-Resident Ratios*. [En ligne], [\[https://www.premier.vic.gov.au/nation-first-ensuring-aged-care-staff-resident-ratios\]](https://www.premier.vic.gov.au/nation-first-ensuring-aged-care-staff-resident-ratios).

²⁷ PENN NURSING. *Mandated Nurse-to-Patient Ratio in Queensland is "Saving Lives"*. [En ligne], [\[https://www.nursing.upenn.edu/details/news.php?id=1448\]](https://www.nursing.upenn.edu/details/news.php?id=1448).

²⁸ B. COOMBER et K. L. BARIBAAL. « Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, n° 2, 2007, p. 297-314.

G.L. INGERSOLL et al. « Nurses' job satisfaction, organizational commitment and career intent », *Journal of Nursing Administration*, vol. 32, 2002, p. 250-263.

B. T. ULRICH et al. « How RNs view the work environment: results of a national survey of registered nurses », *Journal of Nursing Administration*, vol. 35, n° 9, 2005, p. 389-396.

J. C. T. YIN et al. « Nursing Turnover in Taiwan: A Meta-Analysis of Related Factors », *International Journal of Nursing Studies*, vol 39, 2002, p. 573-581 cité dans B. J. KALISCH. *Errors of Omission: How Missed Nursing Care Imperils Patients*, American Nurses Association, 2015, p. 198.

²⁹ G.L. INGERSOLL et al. « Nurses' job satisfaction, organizational commitment and career intent », *Journal of Nursing Administration*, vol. 32, 2002, p. 250-263.

d'emploi, en créant des postes plus attrayants et en permettant un rehaussement de la pratique professionnelle et une pleine contribution de tous les titres d'emploi. Cela amène davantage de sécurité dans les soins, une valorisation des professions de soins infirmiers et une meilleure capacité à concilier vie professionnelle et vie personnelle, favorisant ainsi une meilleure attraction et une meilleure rétention du personnel. Les ratios sécuritaires ont donc tout le potentiel d'augmenter le bassin de professionnelles en soins à la grandeur du Québec et de diminuer les frais et les enjeux liés au recrutement et à l'intégration de la main-d'œuvre, aux problèmes de santé et de sécurité du travail et aux événements indésirables évitables pour les patient-e-s. Les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s sont une mesure structurante et porteuse d'espoir pour les soins, les ressources humaines et les finances publiques dont le Québec a besoin de façon urgente.

Recommandation 5

Amorcer le déploiement graduel de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s dans les différents centres d'activités du Québec sur la base des ratios convenus de manière paritaire.

La santé et la sécurité du travail : des investissements en prévention à ne pas négliger

14

La FIQ et la FIQP souhaitent profiter de l'occasion qui leur est offerte pour mettre en lumière certaines préoccupations qui, dans le contexte sanitaire actuel, ne doivent pas être passées sous silence. Depuis longtemps, mais certainement au cours des deux dernières années, la santé et la sécurité du travail des professionnelles en soins sont des enjeux de première importance.

Le sous-financement de la prévention en milieu de travail a des conséquences réelles. À ce propos, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) publie dans ses statistiques annuelles de 2020 des données spécifiques à la COVID-19. On y apprend notamment que les coûts associés aux lésions professionnelles attribuables à la COVID-19 concernent 11 717 dossiers avec paiements pour un total de 25,4 M\$, dont la quasi-totalité (95,7 %) versée en indemnités de remplacement de revenu (consolidation médicale et réadaptation).

Spécifiquement pour le secteur de la santé, les statistiques de la CNESST au sujet de la répartition des dossiers pour lésions professionnelles ouverts et acceptés sont extrêmement inquiétantes. Si la tendance est à la hausse depuis de nombreuses années, le nombre d'accidents de travail a quasi doublé, dans ce secteur, passant de 17 920 en 2019 à 31 530 en 2020³⁰. Il ne s'agit là que des accidents reconnus et acceptés par la CNESST, ce qui, particulièrement en contexte de pandémie de COVID-19, ne saurait rendre compte de l'ensemble de la situation. Que s'est-il passé pendant cette seule année? Si la pandémie y est probablement pour beaucoup, il n'en demeure pas moins que ces chiffres cachent des problèmes importants. Bien que les données ne permettent pas d'en apprendre plus sur les coûts réels associés à ces accidents de travail et à leurs conséquences, les lacunes sur le plan de la prévention sont néanmoins manifestes. Voilà que se posent, ici aussi, les enjeux d'un financement adéquat en la matière. Pourtant, chaque dollar consacré à la prévention permettrait d'économiser 10 \$, voire beaucoup plus, selon différentes études. Il est grand temps de cesser de regarder cet enjeu à courte vue et de le considérer comme un véritable investissement.

La FIQ et la FIQP soumettent qu'il est indispensable qu'une réserve nationale d'équipements de protection individuelle (ÉPI) soit constituée par le MSSS afin de se donner plus de moyens pour protéger les travailleuses de la santé. Il s'agit d'ailleurs d'une recommandation du comité ministériel sur la crise du SRAS de 2003-2004, qui n'a jamais trouvé écho au Québec, à cause de la peur de gaspiller³¹.

³⁰ COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL. *Statistiques annuelles 2020*, [En ligne], 2020, [https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc200-1046web_0.pdf], page 114, (Consulté le 28 janvier 2022).

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL. *Statistiques annuelles 2019*, [En ligne], 2019, [[2019 statistiques lésions professionnelles CNESST.pdf](#)], page 129, (Consulté le 28 janvier 2022).

³¹ Marco BÉLAIR-CIRINO. « Le Québec n'avait aucune réserve nationale de masques ou de blouses », *Le Devoir*, 4 avril 2020.

Or, cette « peur du gaspillage », cette façon de gérer chichement le réseau de la santé, tout comme les risques en matière de santé et sécurité au travail, sont les raisons fondamentales pour lesquelles notre réseau de la santé est si peu résilient.

Les premières vagues de COVID-19 ont montré que la rareté a été un facteur déterminant dans le processus décisionnel des organismes gouvernementaux à l'égard du choix des ÉPI requis dans l'exécution de la prestation de soins, ce qui va bien sûr bien à l'encontre du principe de précaution. Ainsi, devant l'éventualité d'une prochaine crise sanitaire, il est impératif d'avoir un niveau de stocks d'ÉPI suffisant pour protéger adéquatement les travailleuses de la santé.

Recommandation 6

Investir dans des réserves d'ÉPI conformes et en quantité suffisante pour éviter la contamination, l'infection et les isolements qui en découlent.

LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION : UNE APPLICATION RÉELLE NÉCESSITE DES INVESTISSEMENTS

Les leçons à tirer de la présente pandémie sont nombreuses. Avec environ 12 000 travailleuses de la santé absentes des milieux de travail en date du 25 janvier 2022 en raison de la COVID-19, nul ne saurait nier qu'il y a un problème. Soulignons que le ratio d'heures en assurance salaire a augmenté de 29 % entre 2014-2015 et 2019-2020 et que, pour la même période, le taux d'heures supplémentaires a également augmenté de 14,9 %. On ne peut se permettre que cette situation perdure. À plus forte raison, les premières phases de déploiement de la Loi 27, qui modernise la Loi sur la santé et la sécurité du travail, changeront le paysage de la prévention et favoriseront l'accès aux ressources humaines et financières nécessaires, tout en dégageant du temps à y consacrer. En effet, l'entrée en vigueur de mécanismes de prévention dans le secteur de la santé et des services sociaux, tel que le programme de prévention ou encore le ou la représentant-e à la prévention, pour ne nommer que ceux-ci, exigeront des investissements importants dans les établissements.

La FIQ et la FIQP estiment que la priorité pour assurer la « résilience » du réseau est en ce sens très claire. Il en va de l'attraction et la rétention d'une main-d'œuvre aussi rare que précieuse dans des milieux de travail trop souvent délétères, où l'épuisement physique et psychologique est malheureusement banalisé.

Recommandation 7

Assurer le financement nécessaire afin de prévoir les ressources pour agir en prévention et assurer un milieu de travail sain et sécuritaire aux professionnelles en soins.

Investir dans les soins aux aîné-e-s en privilégiant les soins à domicile dispensés par le réseau public de santé

17

Les recommandations précédentes s'appliquent également aux soins aux aîné-e-s. Les lourdes conséquences de la pandémie dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que les divers rapports publiés pour faire la lumière sur les causes de cette tragédie pointent tous vers la nécessité d'y accorder une « lentille-aîné-e-s », comme l'ont appelée certains, soit une attention particulière qui permettra de ne plus les maintenir dans un angle mort.

Entre 2011 et 2021, c'est près d'un demi-million de personnes qui s'ajouteront à la tranche d'âge des 65 ans et plus. Or, l'accroissement du financement public consacré aux soins et services des personnes âgées n'est pas suffisant, compte tenu de ce vieillissement, constate la Commissaire à la santé et au bien-être. « De 2010 à 2018, alors que les dépenses de santé du gouvernement du Québec par personne augmentaient pour les personnes âgées de moins de 65 ans, celles consacrées aux personnes de 65 ans et plus ont diminué, essentiellement parce que les fonds alloués à ce groupe d'âge ont augmenté moins rapidement que la taille de leur population. Ce sont encore les dépenses d'hospitalisation qui accaparent la plus grande part des fonds consacrés aux personnes appartenant à ce groupe d'âge. »³² Il y a donc une inadéquation claire entre les besoins et les investissements, qui se doit d'être rattrapée et recentrée.

En raison du contexte démographique et du rattrapage à faire, les soins aux aîné-e-s constituent un défi en soi. Pourtant, les choix de la population québécoise et du gouvernement sont clairs et privilégient le maintien à domicile. Dès 2004, le gouvernement présentait un virage vers le domicile avec la politique *Chez soi le premier choix*. Bien que le gouvernement ait annoncé des investissements de 630 M\$ en soins à domicile depuis 2018, c'est principalement vers les infrastructures que le gouvernement s'est tourné pour l'amélioration des soins aux aîné-e-s. Le budget de mars 2019 incluait en effet l'octroi de 2,6 G\$ pour la mise en chantier des maisons des aînés, dont 2 600 places sur les 3 400 annoncées seront livrées d'ici l'automne 2022.

Alors qu'en mars 2020, plus de 10 000 personnes étaient en attente d'une place d'hébergement permanente (CHSLD, RI/RTF), il apparaît urgent d'octroyer un financement public substantiel pour offrir des services à domicile qui répondent aux besoins de la population aînée et lui permettre de considérer le maintien à domicile comme une option réaliste. Un tel investissement en soins et services en domicile constitue une option bien moins onéreuse que la construction de maisons des aînés en nombre suffisant.

³² CSBE. *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19, Rapport préliminaire*, [En ligne], septembre 2021, p.11, [\[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Rapportpr%C3%A9liminaire_Mandat/CSBE-Rapport_pr%C3%A9liminaire_MandatSp%C3%A9cial.pdf\]](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Rapportpr%C3%A9liminaire_Mandat/CSBE-Rapport_pr%C3%A9liminaire_MandatSp%C3%A9cial.pdf).

PRIVILÉGIER LES INVESTISSEMENTS ET LA DISPENSATION DES SOINS PAR LES SERVICES PUBLICS

Le réseau public de santé doit être la voie pour la prise en charge de l'augmentation des soins et des services aux aîné-e-s. C'est donc là qu'il faut investir, et pas ailleurs. Alors que le gouvernement dit vouloir réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans le réseau de la santé, plus du quart des heures travaillées dans les soins à domicile le sont par du personnel d'agences privées³³. Rappelons qu'en 2020-2021, les dépenses en main-d'œuvre indépendante se sont élevées à 1 G\$, tous titres d'emploi confondus. La croissance du recours à la main-d'œuvre indépendante est deux fois plus rapide dans le secteur des soins à domicile que dans le reste du réseau. Pour les travailleuses détenant une formation collégiale ou universitaire, il n'y a pas de réelle économie à recourir au personnel d'agence, le coût horaire de la main-d'œuvre indépendante augmentant beaucoup plus rapidement que celui des employées du réseau dans les services de soutien à domicile.

La FIQ et la FIQP adhèrent à une cible de 40 % de couverture publique des services à domicile, ce qui nécessite des investissements de 4 G\$ sur un horizon de 5 ans, selon des projections réalisées par l'IRIS³⁴.

Les Fédérations estiment que ces investissements sont substantiels, mais répondent aux impératifs du portrait démographique actuel du Québec et à l'adéquation à faire entre les choix budgétaires et les leçons tirées de la pandémie.

Recommandation 8

Investir de façon récurrente dans les soins aux aîné-e-s et dans le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), en privilégiant les soins à domicile dispensés par le réseau public de santé.

³³ Anne PLOURDE. *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, [En ligne], janvier 2022, [<https://iris-recherche.qc.ca/publications/les-agences-de-placement-comme-vecteurs-centraux-de-la-privatisation-des-services-de-soutien-a-domicile/>].

³⁴ Guillaume HÉBERT. *L'armée manquante au Québec : les services à domicile*, IRIS, [En ligne], octobre 2017, p. 12, [https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_SAD_WEB_02.pdf].

Conclusion

19

Cette année encore, la FIQ et la FIQP souhaitent réitérer leur appui à la demande du gouvernement du Québec d'augmenter les transferts fédéraux en santé, et ce, sans condition ni imposition d'une norme quelconque. La FIQ et la FIQP offrent également leur collaboration dans cette démarche non partisane.

Toutefois, peu importe l'issue de ce dossier, il est de la responsabilité du gouvernement du Québec d'investir dans un réseau de la santé plus résilient, et cela passe nécessairement par une stabilisation de son financement. C'est réellement ce qui permettra de sortir de cette relation de dépendance à l'égard du secteur privé, que ce soit pour les activités de chirurgie – dont la dernière mise à jour économique prévoyait réserver 14 % des investissements au secteur privé – ou le recours à la main-d'œuvre indépendante, pour laquelle, nous l'avons vu, les dépenses ont connu un bond impressionnant dans la dernière année.

Les 22 derniers mois ont été la triste illustration de l'incapacité de notre système de santé à faire face à une crise. Or, ce système de santé gratuit et universel devrait être notre plus grande richesse collective. Nous savons que la pandémie de COVID-19 ne sera pas la dernière crise à affecter le Québec ni le monde entier, d'ailleurs. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit en effet que la crise climatique sera la plus grande urgence sanitaire à laquelle nous aurons à faire face dans les prochaines années. Nous reconnaissons les efforts et les investissements que le gouvernement souhaite faire pour atténuer l'impact des changements climatiques, mais sachant que nous avons atteint un point irréversible en matière de crise climatique, les Fédérations estiment qu'un gouvernement responsable a l'obligation d'assurer un financement de son réseau de la santé qui lui permet de se relever des années de sous-investissement afin de faire face à cette future crise, qui affectera nécessairement les systèmes de santé partout à travers le monde.

Liste des recommandations

20

Recommandation 1

Maintenir des investissements récurrents assurant une croissance des dépenses d'un seuil minimal de 5 % jusqu'à ce que le réseau de la santé et des services sociaux ne subisse plus les préjudices d'années de sous-financement.

Recommandation 2

Investir de façon récurrente, sur un minimum de cinq ans, au-delà des coûts de structure dans l'ensemble des programmes de services à la population afin d'accroître la résilience du réseau de la santé.

Recommandation 3

Procéder à une planification de la main-d'œuvre nationale tout en assurant une accessibilité régulière aux données sur les effectifs nationaux et la main-d'œuvre indépendante.

Recommandation 4

Investir dans la création d'équipes de travail stables, améliorer les conditions de travail et assurer le respect de la convention collective.

Recommandation 5

Amorcer le déploiement graduel de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s dans les différents centres d'activités du Québec sur la base des ratios convenus de manière paritaire.

Recommandation 6

Investir dans des réserves d'ÉPI conformes et en quantité suffisante pour éviter la contamination, l'infection et les isolements qui en découlent.

Recommandation 7

Assurer le financement nécessaire afin de prévoir les ressources pour agir en prévention et assurer un milieu de travail sain et sécuritaire aux professionnelles en soins.

Recommandation 8

Investir de façon récurrente dans les soins aux aîné-e-s et dans le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), en privilégiant les soins à domicile dispensés par le réseau public de santé.